



UNIVERSITETET I
NORDLAND

SY 180H 000

Bacheloroppgave i sykepleie

Kull 10 Høst

*«Hvordan kan sykepleier gjennom pre-operativ informasjon og undervisning
fremme trygghet og mestring i postoperativ fase?»*

Kandidatnummer: 31

26.04.2013



Å risikere

Å le er å risikere å bli tatt for å være dum.
Å gråte er å risikere å bli oppfattet som sentimental.
Å komme en annen i møte er å risikere å bli involvert.
Å vise følelser er å risikere å blottlegge sitt egentlige jeg.
Å gi uttrykk for sine ideer, sine drømmer, er å risikere å tape ansikt.
Å gi kjærlyhet er å risikere å ikke få noe igjen.
Æ håpe er å risikere fortvilelse.

Men du må risikere noe, for den største faren
i ditt liv er å ikke risikere.
Den person som ikke risikerer, gjør ingenting,
har ingenting, er ingenting. Han kan kanskje
unngå lidelse og sorg, men han kan rett og slett ikke
forandre seg, føle, vokse, elske – leve.
Lenket til sine holdninger er han en slave, han har
forspilt friheten.

Bare en person som risikerer er fri.

Hugo Prather
(Til norsk ved Eirik J. Irgens)

INNHOLDSFORTEGNELSE

Innholdsfortegnelse.....	i
1.0 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn og hensikt med oppgaven.....	1
1.2 Presentasjon av problemstilling	2
1.3 Avgrensning.....	2
1.4 Oppgavens oppbygging.....	2
2.0 Metode.....	3
2.1 Hva er en metode?.....	3
2.2 Metodisk tilnærming.....	3
2.3 Valg av metode.....	4
2.4 Forskningsetikk og søkehistorikk	4
2.5 Pasienthistorie.....	5
3.0 Pre-operativ sykepleie og undervisning.....	7
3.1 Pre-operativ sykepleie.....	7
3.2 Pre-operativ fase	7
3.3 Stress.....	8
3.3.1 Fysiske stressreaksjoner.....	9
3.3.2 Emosjonelle stressreaksjoner.....	9
3.3.3 Angst.....	10
3.3.4 Situasjon som stressfaktor	10
3.3.5 Utrygghet som stressfaktor.....	10
3.4 Pre-operativ informasjon og undervisning.....	11
3.5 Postoperativ trygghet og mestring	12
3.5.1 Trygghet.....	12
3.5.2 Mestring.....	14
3.5.3 Opplevd kontroll.....	15
3.6 Forskning på området.....	16
4.0 Sykepleiefaglig.....	18
4.1 Joyce Travelbee`s definisjon og mål for sykepleie.....	18
4.2 Menneske-til-menneskeforhold.....	18
4.3 Operasjonspasienten, en menneskelig erfaring.....	19
4.4 Håp og mestring.....	19
5.0 Drøfting.....	20
5.1 Det første møte mellom pasient og sykepleier.....	20
5.2 Utrygghet og stress hos operasjonspasienten.....	21
5.3 Pre-operativ informasjon og undervisning	22
5.4 Hvordan kan preoperativ informasjon og undervisning fremme trygghet og mestring i postoperativ fase.....	25
5.5 Avslutning.....	27
Litteraturliste.....	28

1.0 INNLEDNING

Antall ord i oppgaven: 9883

1.1 Bakgrunn og hensikt med oppgaven

Operasjonspasienter utgjør en stor del av pasientgruppen som er innlagt ved norske sykehus og operasjon kan for mange være belastende, både kroppslig og emosjonelt. Det er mange faktorer som bidrar til stress og utrygghet. Blant annet dagens effektivisering der pasientene skal hjem så raskt som mulig etter operasjonen og fokuset er mindre på pre-operativ informasjon. Det er færre sengeplasser på sykehusene enn tidligere, samtidig som kostnadene for helse- og omsorgstjenester øker. Stortingsmelding nr.47 (2009) «Samhandlingsreformen» er for økt effektivisering i spesialhelsetjenesten, slik at det idag er beregnet at pasientene skal tidligere hjem til kommunehelsetjenesten. Ved en kort kikk på Statistisk Sentralbyrå får man bekreftet at antall sengeplasser i somatiske sykehus har gått ned 15 % i tidsrommet 2002-2010 og at helseutgiftene har økt med 104 milliarder i tidsrommet 2000-2009. Dette er i hovedsak et følge av økt satsingsområde på polikliniske konsultasjoner og dagbehandlinger (Hjemås & Vold 2011). Det vil i praksis si at med mindre sengeplasser, færre liggedøgn pr pasient, og høyere effektivitet er det idag en enda større utfordring for sykepleiere å gi operasjonspasientene optimal sykepleie og behandling både i forhold til pre- og postoperativ fase. Forskning viser at pre-operativ informasjon kan redusere pasientens postoperative stress, angst og smertenivå (Holm & Kummeneje 2009). Det er også gjort systematiske studier som viser at behandlingsprogram, ofte kalt «Fast track» eller «Eras», kan føre til reduksjon av unødvendig ubehag og forkorte rekonvalesensperioden. Disse behandlingsprogrammene har fokus på pre-operativ informasjon, reduksjon av stress, smertebehandling uten morfinpreparater, raskere mobilisering og bedre postoperativ ernæring. Programmene innebærer innføring av kunnskapsbaserte rutiner i hele pasientforløpet (Håskjold, Nøst & Rydning 2010). Det er ikke alle sykehus i Norge som har innført slike behandlingsprogram, men forhåpentligvis er det målet i fremtiden. For som man ser, så er det en viktig sykepleieoppgave å sette fokus på pre-operativ informasjon for å fremme trygghet og mestring i postoperativ fase.

Hensikten med prosjektet har flere sider; å skrive en bacheloroppgave, tilegne meg ny kunnskap og forhåpentligvis skape en bevisstgjøring blant sykepleiere.

Bacheloroppgaven skrives som min avsluttende eksamen i sykepleierutdanningen, og jeg har i den forbindelse valgt et tema som både interesserer og engasjerer meg. Jeg observerte og

erfarte en del situasjoner i min kirurgiske praksis som fikk meg til å reflektere over hvordan ting kunne vært gjort annerledes for å bedre situasjon for operasjonspasienter. Å tilegne meg ny kunnskap innen dette feltet kan gi meg bedre forståelse av hva sykepleier kan gjøre, samtidig som det kan nyttiggjøre meg som sykepleier enda mer når jeg skal ut i arbeid da jeg vet betydningen av hvor viktig dette er for operasjonspasientene. I tillegg håper jeg å kunne skape en bevisstgjøring blant sykepleiere om hvordan vi ved hjelp av pre-operativ informasjon og undervisning kan fremme trygghet og mestring i postoperativ fase.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Mitt tema er innen den pre- og postoperative fase. I det pre-operative forløp i forhold til informasjon og undervisning, og å forberede pasienten på utrygghet og stress i den postoperative fase, og dermed fremme trygghet og mestring. Problemstillingen er: *«Hvordan kan sykepleier gjennom pre-operativ informasjon og undervisning fremme trygghet og mestring i postoperativ fase».*

1.3 Avgrensning

Pre- og postoperativ fase er et omfattende tema og på grunn av oppgavens omfang, skal den ikke omhandle akutte pasienter da jeg har observert at de har begrenset tid i den pre-operative fase. Oppgaven skal heller ikke omhandle barn/ungdom under 18 år, eller pasienter som har vært liggende lenge ved kirurgisk sengepost eller som møter til operasjon på dagkirurgi samme morgen. Jeg kommer ikke til å konsentrere meg om én type operasjonspasienter, da man ser at det er mange fellestrekk i forhold til stress og mestring enten det er lite eller stort inngrep. Og jeg kommer heller ikke til å nevne pasienter med tilleggsdiagnoser på grunn av oppgavens omfang, eller nevne pårørende i noen stor grad da oppgaven har hovedfokus på samhandling med pasienten i forhold til begrepene informasjon, undervisning, stress, utrygghet, trygghet og mestring.

1.4 Oppgavens oppbygging

Oppgaven starter med min pasienthistorie, for å underbygge egne praksiserfaringer der teoridelen er bygd opp etter observasjoner og erfaringer. For å besvare min problemstilling best mulig vil jeg gjennom oppgaven ta for meg begrepene informasjon-undervisning, stress-stressfaktor, trygghet og mestring i forbindelse med pre- og postoperativ sykepleie på en logisk måte. I forhold til mitt sykepleieteoretiske grunnlag har jeg valgt å ta utgangspunkt i Benner & Wrubel og Joyce Travelbee. Etter drøftingsdelen, avslutter jeg kort for å få helhet.

2.0 METODE

I dette kapittelet vil metode og metodevalg være fokus.

2.1 Hva er en metode?

For at man skal finne svar på en problemstilling, må metode være valgt og spesifisert. I følge Dalland (2012) er metode:

«... en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (s.111).

Dette fordi valgte metode vil være vårt redskap i fremgangsmåte og møte med det vi vil fordype oss i, og fordi den vil veilede oss mot det å samle inn data og skaffe kunnskap. Videre ser man at det skilles mellom den kvantitative og den kvalitative metoden. Der den første metoden tar sikte på å finne tall og målbare enheter som for eksempel i en tabell, mens den andre metoden brukes til å samle inn data som ikke lar seg tallfeste eller måle. Mitt metodevalg er basert på den kvalitative metode, som har til hensikt å gå i dybden og skaffe mange opplysninger i forhold til få undersøkelser. Her ser man at datainnsamling tar sikte på å få frem både helhet og sammenheng, formidle forståelse, ha nærhet til feltet og å få frem en gjengivelse på best mulig måte. Her er det snakk om et jeg-du-forhold. Mens den kvantitative metoden har til hensikt å gå i bredden, og å få mest mulig eksakt data gjennom å hente inn lite opplysninger i forhold til mange undersøkelser. Datainnsamlingen tar sikte på å finne forklaringer uten direkte kontakt med feltet, og ivaretar et jeg-det-forhold (Dalland 2012).

2.2 Metodisk tilnærming

Metodisk tilnærming handler om å være vitenskapelig i forhold til det å bruke argumentasjon, da en metode alene ikke sier noe om hvordan kunnskapen blir til, men kun at vitenskapen er å skape og å avklare. I følge Dalland (2012) er det i hovedsak to kunnskapssyn; dette er positivisme og hermeneutikk. Den første handler om naturvitenskapens tradisjoner basert på den fysiske naturen, mens den andre har sitt opphav i humanvitenskapen basert på mennesket og menneskeskapte fenomener. «Røyken stiger ikke opp fordi den tenker å gjøre det, og steinen faller ikke ned fordi den ønsker å gjøre det». Naturen *er*, og har hverken forhåpninger eller ønsker. Dette kunnskapssynet kalles positivisme.

Hermeneutikken er humanistisk orientert og har som mål å forstå grunnlaget for menneskelig eksistens. Det betyr *fortolkningslære*, som handler om å finne mening og forklare mennesket som et tenkende, skapende og handlende vesen (Dalland 2012). Mitt valg av metode bygger på et hermeneutisk kunnskapssyn, fordi jeg på denne måten kan tilnærme meg forståelse av hvordan operasjonspasientene opplever sin situasjon i forhold stress og mestring.

2.3 Valg av metode

Jeg har valgt å benytte meg av en narrativ metode basert på kvalitativ tilnærming som nevnt har til hensikt å gå i dybden, og eventuelt få frem det spesielle i temaet. Målet er altså ikke å legge frem ny kunnskap, men å finne nye opplysninger fra tidligere litteratur og forskning. Det vil si at jeg kan finne relevant stoff i forhold til problemstillingen både i vitenskapsartikler, forskningsartikler, pensumbøker og aktuell faglitteratur. Bruk av denne metoden vil kunne føre til at jeg har tilgang på datamateriale både på biblioteket og på internett. En kvalitativ tilnærming er i tillegg konkluderende (Dalland 2012). I følge Lindseth & Norberg (2004) er narrativ metode en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming, som gjennom kritisk refleksjon utvider og utdyper vår bevissthet og forståelse i forhold til temaet. Teksten leses som helhet med en naiv forståelse og åpen tankegang, der temaet gjenspeiles av erfaringer og helhetlig forståelse i forhold til litteratur og forskning. Teksten er deretter delt inn i viktige temaer og undergrupper. Og utfra denne metoden vil jeg kunne se hovedtemaet fra flere vinkler, som vil være med på å danne utgangspunkt for temaene jeg ønsker å diskutere i drøftingsdelen. Det er utfra denne metode og lesning min første forståelse for funnet materiale trer frem.

2.4 Forskningsetikk og søkehistorikk

Forskningsetikk har betydning for valgfrihet i forhold til forskningsartikler og å beskytte menneskene ved å ta hensyn til personvern (Alver & Øyen 1997). I henhold til personopplysningsloven § 1 (personopplysningsloven 2000) skal helsepersonell, pasient og sted holdes anonym slik at de ikke kan gjenkjennes på noen som helst måte. Pasienten i oppgaven er oftest omtalt «hun». Og i forskningens frihet har jeg i søken etter forskningsartikler brukt flere databaser, med utgangspunkt i biblioteksdatabasen BIBSYS og «samsøk i flere databaser», samt i artikkeldatabasene med avhakning på «peer-reviewed». Forskningsartiklene er hentet både fra ProQuest, Scopus, PubMed, www.sykepleien.no og fra tidsskriftet Vård i Norden. Jeg har brukt både norske og engelske søkeord for finne mest

mulig relevant litteratur i forhold til problemstillingen. Diverse søkeord på engelsk er: preoperative information, effect of preoperative information, preoperative information and fear, postoperative fear, patient with fear. Og på norsk: preoperativ informasjon, effekt av preoperativ informasjon, postoperativ stress, pasient med postoperativ angst, sykepleie ved frykt og angst.

2.5 Pasienthistorie

Det første møte.

Jeg er inne på konsultasjonsrommet sammen med legen den dagen. Det er jeg som henter inn pasienten. En voksen dame kommer smilende mot meg og hilser. Hun kommer dit etter en lengre sykemeldingsperiode med vonde knær hvor diverse tiltak er prøvd uten resultat. Hun har en jobb hvor hun står mesteparten av dagen, og har derfor ikke vært aktiv på flere måneder. Men hun ønsker sterkt å få bukt med lidelse og problem. Det er vondt i knærne når hun går, står, sitter eller ligger. Det høyre er verst. Hun kjenner det hele tiden, men mest når hun belaster. Legen forteller utfra røntgenbildene at knærne hennes er veldig slitte, og at det vil bli operasjon. Av høyre kne først. Om noen uker. Pasienten blir paff. Så utbryter hun, nesten roper, at det var ikke operasjon hun så for seg. Hun vet ikke hva hun hadde tenkt på forhånd, men ikke operasjon. Det hadde hun ikke tenkt på, for hun har jo aldri vært syk eller innlagt i sykehus utenom ved egne fødsler. Aldri vært operert heller. «Hva hvis jeg ikke våkner opp etter inngrepet» er det første hun spør om, etterfulgt av «får jeg veldig store smerter etterpå». Hun sitter mer urolig nå, rører seg ofte og bytter sittestilling gjentatte ganger. Hun blir vekselvis stille, før hun igjen utbryter at det ikke var operasjon hun så for seg. Også nå før høytid da! «Kanskje jeg ikke får ta del i det» sier hun i forbindelse med hvis hun ikke våkner igjen. «Hva med familien?». Legen viser henne røntgenbildene fra venstre kne en gang til. Han forstår veldig godt alle hennes smerter utfra bildene. Når legen går ut for å hente arbeidsark, henvender hun seg mot meg. Sykepleiestudenten. Hun snakker høyt og fort. Tidvis så raskt at hun snubler i ordene. Hun forteller meg om bekymringene i tiden etterpå; smerte, aktivitet, ernæring og eliminering, hvordan hun skal få handlet mat osv. Jeg lytter og lar henne prate, svarer på det jeg kan, er støttende og kommer med innspill. Hun gir tydelig uttrykk for at hun synes det er godt å prate med meg. Hun spør samtidig mye på den korte tiden og er på søken etter informasjon. Når legen kommer inn igjen, blir hun stille. Han tar seg litt tid til å undervise henne og skriver ut noe informasjon. Underveis ser hun på meg,

slik at jeg får forståelse av at hun vil ha informasjon repetert på sitt nivå, litt mer «folkelig». Når legen fyller ut arbeidsarket, forklarer jeg henne lett det jeg vet og at hun vil få mer informasjon med nøyaktig tidspunkt for inngrepet i posten. Når hun forlater konsultasjonsrommet virker hun tilfreds med den foreløpige undervisningen hun har fått, når hun tar oss i hendene og takker for seg stryker hun meg over hånda og veksler blikk med meg, og akkurat idet hun går nikker hun takknemlig mot meg på en slik måte at jeg forstår at jeg allerede kan ha hjulpet henne på vei mot å fremme trygghet og mestring i postoperativ fase.

3.0 PRE-OPERATIV SYKEPLEIE OG UNDERVISNING

Her vil jeg ta for meg teoridelen og gå nærmere inn på begrepene i forhold til problemstillingen.

3.1 Pre-operative sykepleie

Pre-operativ sykepleie handler om å gi pasienten best mulig pre-operativ fase og å danne et godt grunnlag for postoperativ fase. Hensikten er å kartlegge og ivareta pasientens behov og ressurser, å gi støtte, omsorg og hjelp, samt å gi nødvendig informasjon og undervisning i forhold til kommende situasjoner for å redusere stress. Samt å utføre prosedyrer som skal klargjøre kroppen for operasjonen. Pre-operativ sykepleie er viktig for å kunne forebygge per- og postoperative komplikasjoner, og for å fange opp pasientens stressreaksjoner som kan forekomme hos operasjonspasienter slik at aktuelle tiltak kan iverksettes for å fremme trygghet og mestring i postoperativ fase (Hansen, Eide & Dåvøy 2009, Holm & Kummeneje 2009).

3.2 Pre-operativ fase

Almås (2001) sier at:

«...den pre-operative fasen varer fra det blir tatt en endelig beslutning om å utføre et bestemt kirurgisk inngrep, til pasienten ligger på operasjonsbordet. Denne fasen kan variere i tid, fra noen minutter til flere døgn» (s.154).

Pre-operativ fase starter når pasienten får vite at det blir operasjon, ofte under samtale på kirurgisk poliklinikk. Det skilles mellom elektive og akutte inngrep. Derfor kan lengden på den pre-operative fasen variere i tid, opptil måneder (Holm & Kummeneje 2009). «Det overordnede målet for den pre-operative fase er å sikre at pasienten har så mange positive helsefaktorer som mulig» (Holm&Kummeneje 2009 s.21). Målet er ikke at pasienten skal være helt avslappet eller uten engstelse i forhold til inngrepet, for det er risikoer ved alle operasjoner, men at pasienten skal føle seg såpass trygg at han kan mestre postoperativ fase (Almås 2001). Sykepleieren kan ved hjelp av informasjon og undervisning gi pasienten et positivt utgangspunkt (Holm&Kummeneje 2009).

Felles for pre-operative pasienter er at de befinner seg i en rolle med ukjente mennesker i et ukjent miljø med endret mulighet til å ivareta egne behov. Dette kan føre til stressreaksjoner,

der de vil oppleve stress og angst i varierende grad. Ofte ser man at pasienter som skal gjennom elektive inngrep, opplever mer stress enn pasienter ved akutte inngrep fordi de får tid til å gjøre seg opp tanker om situasjon. Mange pasienter har liten eller ingen erfaring som operasjonspasient, og opplever derfor situasjonen som stressende og belastende (Hansen m/flere 2009).

3.3 Stress

Lazarus & Folkman (1984) utarbeidet en teori om stress og mestring, som Benner & Wrubel (2003) bygger sin omsorgsteori på. De mener at sykepleieperspektivet må ha fokus på stress og mestring utfra pasientens opplevelse knyttet til helse og sykdom. Slik definerer Benner & Wrubel stress:

«... forstyrrelsen af meninger, forståelse og normal funktion, med opplevelse af skade, tab eller udfordringer som følge, og der kræves sorg, fortolkning eller erhvervelse af nye færdigheder» (s.83).

Det vil si at man med stress snakker om pasientens kroppslige, emosjonelle eller intellektuelle opplevelse av å bli forstyrret, eller å ha brudd på mening. Stress er et resultat av pasientens vurdering av relasjon til situasjon, og pasientens evne til å tilpasse seg den (Benner & Wrubel 2003, Gjengedal & Hanestad 2007). Stress blir dermed sett på som bindeleddet mellom helseproblemer og livsbelastninger, ofte i situasjoner der man har problemer med å mestre situasjon og man opplever maktesløshet eller manglende kontroll (Blix&Breivik 2006).

Lazarus & Folkman (1984) skiller mellom to ulike typer stress; negativt og positivt stress;

Negativt stress er en belastning for kroppen, og kan utløse fysiske eller emosjonelle stressreaksjoner når pasienten opplever situasjonen som farlig (Hansen m/flere 2009).

Positivt stress i liten eller moderat grad er med på å øke kroppens beredskap til å mestre situasjon. Hvis pasienten har opplevelsen av kontroll i en belastet situasjon, vil de hormonelle stressreaksjonene avta eller dempes slik at det vil ha mindre negativ påvirkning hos immunforsvaret (Hansen m/flere 2009).

3.3.1 Fysiske stressreaksjoner

Ved fysiske stressreaksjoner mobiliseres kroppens stresshormoner og pasienten opplever «fight or flight»-reaksjon. Kort forklart økes aktiviteten i hypothalamus, hypofysen, binyrebarken og i det sympatiske nervesystem, en mengde katekolaminer (adrenalin og noradrenalin) skilles ut fra binyrebarken som fører til at blodtrykk og puls stiger, hjerteslagene øker og andedrettet dypere. Impulser sendes så via hypothalamus med beskjed om at hypofysen må produsere mer ACTH (adrenokortikotropt hormon/kortikotropin), som stimulerer binyrebarken til å øke produksjon ytterligere slik at fettstoffer og konsentrasjon av sukker i blodet stiger, dermed får muskler og hjerne økt energitilførsel så man føler seg sterkere. Dette er ingen god reaksjon hos operasjonspasienter, fordi det fører til svekkelse av immunforsvaret som kan utvikle seg til sykdom og hemme oppbygging av nye celler. I tillegg blir kroppens eget immunforsvar nedprioritert, som igjen kan føre til infeksjoner. Under en slik stressreaksjon vil kroppen prioritere oksygentilførsel og blodsirkulasjon til hjerte, lunger, hjerne og muskler som kan føre til flere negative konsekvenser. Pasienten kan oppleve liten eller ingen diurese fordi blodsirkulasjonen til nyrene er nedprioritert. Det samme er den til hud og tarm som kan øke faren for både hypotermi og trykkskader, samt at det tar lengre tid før pasienten får tarmene i normal funksjon. Videre kan ubehag ved munntørrehet forekomme på grunn av senket spyttsekresjon. Tretthet og konsentrasjonsvansker kan også forekomme hos pasienten på grunn av nedsatt metabolisme. Nedbrytningen av proteiner øker, slik at den katabole fasen forlenges og sårtilhelningen blir dårligere. Det er økt fare for trombose på grunn av blodets koagulasjonsevne og vaskulær reaktivitet øker (Hansen m/flere 2009).

3.3.2 Emosjonelle stressreaksjoner

Emosjonelle stressreaksjoner har også flere negative konsekvenser ved seg. Opplevelsen av maktesløshet og tap av kontroll kan ha innvirkning på pasientens identitet og selvoppfattelse. De fleste operasjonspasienter opplever maktesløshet som kortvarig og forbigående, slik at situasjonen vil være av litt mindre trussel. Likevel oppleves emosjonelle stressreaksjoner som svært ubehagelig. Pasienten kan være urolig, sint eller aggressiv, og føle frustrasjon eller nedsatt evne til rasjonell tenkning, og dermed benekte (Hansen m/flere 2009). Det kan for noen vise seg i form av frykt og angst, eller tristhet og depresjon. Disse stressreaksjonene kan også føre med seg kroppslige stressreaksjoner som at pasienten får dårlig matlyst, er slapp og har hodepine, samt kan oppleve hjertebank, pustebesvær og skjelvinger, der disse enten opptrer hver for seg eller samtidig (Blix & Breivik 2006).

3.3.3 Angst

Angst oppstår når eksistensielle behov blir truet, og kan deles i tre nivåer etter pasientens tilstedeværelse. Den første er mild angst, en forventet reaksjon ved inngrep hvor pasienten har god mestringsevne. Den andre er moderat angst hvor pasientens mestringsevne er redusert, pasienten har nedsatt evne til å formidle behov og motta informasjon. Den tredje er sterk angst hvor pasienten er ute av stand til å motta informasjon, og har dårlig mestringsevne. Sykepleier må hele tiden være oppmerksom på pasientens angstnivå og vurdere når det er hensiktsmessig å igangsette tiltak. Angst utløses av det ukjente i situasjon eller opplevelsen av manglende kontroll. Symptomer oppleves gjennom kroppslige stressreaksjoner som skjelving, hurtig, stotrende tale, svimmelhet, kortpustet og vekselvis varm/kald. Pasienten kan virke irritert, rastløs eller anspent, og oppleve hjertebank og høyt blodtrykk (Hansen m/flere 2009).

3.3.4 Situasjonen som stressfaktor

Det kirurgiske handlingsforløpet kan være en stressfaktor fordi situasjonen oppleves som uoversiktlig og ustabil. Operasjonspasienter vil ofte erfare at det er store endringer ved egne behov og ressurser, og de fleste føler tap av kontroll med liten/ingen mulighet for å mestre situasjonen på egenhånd. Stressreaksjoner utløses når pasienten opplever situasjonen som farlig eller belastende, og jo mer pasienten føler tap eller trussel mot det betydningsfulle, jo sterkere stressfaktor er det. Eksempler på situasjonen som stressfaktorer er å faste, ikke få beholde tannproteser, bruke sykehusskjorten i stedet for personlige klær, bli kjørt til operasjonsavdelingen og bli lagt oppå det kalde operasjonsbordet for så overlate sitt liv i andres hender ved generell anestesimetode (Hansen m/flere 2009).

3.3.5 Utrygghet som stressfaktor

Utrygghet i pre-operative fase kan være av større betydning enn andre forhold i postoperative fase. Dette sett i forhold til hvordan disse elementene oppleves; stress og angst, resultatet av operasjonen, integritet, selvbestemmelse og kontroll, samt forholdet til omgivelsene og personalet. Frykt fører til utrygghet, og oppstår når en trussel kommer utenfra eller som en trussel om fremtiden. For eksempel ved frykt for kvalme og smerter, eller frykt for at operasjonssåret åpner seg (Hansen m/flere 2009). Utrygghet kan også ha sammenheng med hvordan pasienten opplever sykdom eller lidelse som er årsak til inngrepet. Kanskje føler pasienten at han har fått lite informasjon, men ikke våger å spørre fordi han opplever personalet som lite kompetent eller travel (Blix & Breivik 2006).

3.4 Pre-operativ informasjon og undervisning

Hensikten med pre-operativ informasjon og undervisning er å forberede pasienten mest mulig på kommende situasjon, for å bidra til redusert stress i den postoperative fase. Som igjen er med på å øke pasientens trygghet og mestringsevne. En velinformert pasient får det gjerne bedre i den postoperative fase (Hovind 2011). Informasjon handler om å formidle kunnskap og faktaopplysninger, hovedsakelig som en enveis-kommunikasjon men med rom for samtale. Det kan også dreie seg om klare beskjeder som klokkeslett for oppmøte til operasjon (Tveiten 2008). Viktige elementer i pre-operativ informasjon er å orientere pasienten om oppvåkningen etter inngrepet, smertebehandling, formålet med bruk av intravenøs tilgang, dren eller tube. Legg også vekt på hvor viktig det er med hoste- og pusteøvelser samt aktive øvelser i seng. Og oppmuntre pasienten samt eventuelle pårørende til å snakke om sine følelser og reaksjoner om inngrepet og den postoperative fase (Holm & Kummeneje 2009).

Undervisning og veiledning er to aktuelle metoder for at sykepleier best formidler informasjon til pasienten (Almås 2001). Begrepene undervisning og veiledning glir ofte over i hverandre, og mange ganger er det både nødvendig og hensiktsmessig å kombinere disse to. Først formidles kunnskap og faktaopplysninger gjennom informasjon, og så integreres dette gjennom et forståelse- og handlingsgrunnlag i veiledning og deretter undervisning. Veiledning er der pasienten finner «svar» og forståelse selv ved å skjønne informasjonen, mens undervisning handler om at sykepleier lærer pasienten nødvendige ferdigheter for å styrke mestringsfølelsen (Tveiten 2008).

Undervisningsmetoden handler om å formidle kunnskap i planlagte læresituasjoner i forhold til situasjonsbetinget informasjon som å beskrive aktiviteter og forklare kommende situasjon, prosedyrer og ferdighetstrening som for eksempel å lære pasienten behovet for og hvordan man gjør hoste- og pusteøvelser i postoperative fase for å fremme pasientens trygghet og mestring (Holm & Kummeneje 2009). Læringsbehovet er ofte kortsiktig og knyttet til situasjonen, men kan også være langsiktig og dreie seg om fremtidige oppgaver som for eksempel hvordan en pasient steller sin stomi eller selv skal sette sprøyter. Hensikten med pasientbasert undervisning er at pasienten skal være bedre rustet til å mestre situasjon, ha kunnskap, forståelse og innsikt slik at den kommende situasjon kan bli så forutsigbar og trygg som mulig (Almås 2001).

Både informasjon og undervisning er viktige elementer i utviklingen av pasientens ressurser og empowerment. «Empowerment kan kort beskrives som en prosess som sikter mot økt kontroll over det som påvirker egen helse» (Tveiten 2008 s.21).

Pre-operativ informasjon kan enten gis som gruppeundervisning til flere pasienter i samme situasjon, der samhandling og fellesskap står sentralt, eller som individuell undervisning. Her er det viktig at sykepleier er tydelig, imøtekommer pasientens nivå og ser hvilke behov enhver har (Tveiten 2008). Informasjon og undervisning har best effekt på pasienten hvis den først gis før innleggelse, slik at pasienten får tid til å bearbeide. Hvis all informasjon gis direkte ved innleggelse, kan stressreaksjoner blokkerer pasientens mottakelighet og læreevne. Informasjon og undervisning bør så bli repetert til pasienten etter innleggelse, og bør gis både verbalt og skriftlig, samt ferdighetstrening. Informasjonen skal alltid fremlegges på en logisk måte. Start gjerne undervisning der pasienten forteller det hun vet om inngrepet og situasjon, da dette gir et oversiktlig bilde på hvordan hun har tolket eller eventuelt mistolket informasjonen som er gitt. Svar på spørsmål pasienten har, da det gir et lettere innblikk i hennes behov. Unngå å undervise for mye på kort tid, og la pasienten vise deg de øvelsene hun har lært (Holm & Kummeneje 2009).

3.5 Postoperativ trygghet og mestring

Den postoperative fase varer fra inngrepet er over og operasjonspasienten kjøres inn på oppvåkningsavdeling, til rekonvalesentfasen starter og pasienten skrives ut fra sykehuset (Holm & Kummeneje 2009). I dette avsnittet vil begrepene trygghet og mestring være i fokus.

3.5.1 Trygghet

Rolf Thorsen (1997) i boken *Ekspert og medmenneske*, beskriver at trygghet alene kan være vanskelig å kjenne og definerer det slik:

«Tryghed i ``ren form`` kan være vanskelig at finde, men vi kan kende den igjen i hverdagsbeskrivelsen. Trygheden kan optræde parallelt med følelser af trussel, frykt, længsel og glæde. Den er rettet mot noget eller optræder i forhold til noget» (s.75).

Trygghet er noe det syke menneske kan føle gjennom omsorg og behandling hos sykepleier, men det kan også være noe man føler gjennom tilhørighet til familien, en gruppe, situasjon eller noe annet. Tilhørighet handler blant annet om å vite hvilke normer og regler som gjelder, og hvordan man skal oppføre seg slik at situasjonen kan bli forutsigbar. Trygghet kan på

samme måte føles gjennom språk, dialekt eller non-verbal kommunikasjon. Trygghet er noe vi aktivt søker. Selv når livet føles tøft og det er vanskelig å mestre situasjoner, kan vi hente frem tidligere opplevelser av trygghet. Trygghet handler om å finne mening i tilværelsen, eller som Thorsen beskriver (1997) at det kan være en opplevelse av at «brikkene faller på plass». Eide & Eide (2009) beskriver non-verbal kommunikasjon som det som formidles uten ord eller ved aktiv lytting ved hjelp av håndbevegelser, berøring, stillhet og øyekontakt.

Trygghet står sentralt i etablering av relasjoner og samhandling mellom pasient og sykepleier, og det er av personlig betydning for vår evne til å være alene eller i forhold til andre mennesker. Det å være trygg på seg selv, har med hvordan man mestrer en situasjon. Det å vite hva man vil, tørre, stole på seg selv, samt det å kjenne sine svakheter. Det er av grunnleggende behov å oppleve vår tilværelse som stabil, strukturert og meningsfull. Trygghetsbegrepet kan deles i to dimensjoner; den ytre og den indre trygghet (Blix & Breivik 2006). Den ytre trygghet omfatter flere dimensjoner; kunnskap-og kontrolltrygghet, stole på andre-trygghet og relasjonstrygghet. Disse er relatert til livet, opplevelsene og samhandling med omgivelsene. Den ytre trygghet har stor betydning under sykdom, hvordan vi opplever situasjon og om vi tolker den som trygg eller utrygg. Kunnskap-og kontrolltrygghet omhandler å kjenne til ting, vite hva som gjelder og ha kunnskaper om det. Gjennom både informasjon og undervisning får vi slik trygghet. For mennesker flest er det bedre å vite, enn og ikke vite, da vi føler oss trygge når fremtiden er forutsigbar. Som Travelbee (2001) også bekrefter, at fantasien ofte er verre enn virkeligheten. Stole på andre-trygghet omhandler forventinger i forhold til det å få hjelp i en situasjon, der de som skal hjelpe mestrer situasjonen. Det vil si at dersom pasienten opplever sykepleieren som trygg og at den pleie som gis har effekt, kan det føre til at pasienten opplever sykehusoppholdet som trygt. Men dersom pasienten ringer på ringesnora og det tar lang tid før noen kommer, kan denne tryggheten svekkes. Det kan ofte være små ting som avgjør om pasienten føler denne trygghet. Relasjonstrygghet handler om de menneskene man har nær og kjær, og som er tilgjengelig når det trengs (Hansen m/flere 2009, Blix & Breivik 2006).

Den indre trygghet har sammenheng med grunnleggende trygghet som ofte kommer gjennom en trygghetsskapende oppvekst. Opplevelsen av tilhørighet og felles verdier, samt ansvar og frihet. Men vi kan også føle den indre trygghet gjennom erfaring og mestring. Når man kommer styrket ut av en bestemt situasjon, er man ofte tryggere i møte med nye situasjoner. Hvis et barn opplever svik gjentatte ganger, kan det svekke den grunnleggende

trygghet. Et barn med slike opplevelser er ofte preget i den indre trygghet videre i livet, som igjen kan påvirke selvmestringsstrategien (Blix & Breivik 2006).

3.5.2 Mestring

Lazarus & Folkman (1984) definerer mestring som «kontinuerlig skiftende kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å takle spesifikke ytre eller indre krav som oppleves som belastende, eller som overskrider ens ressurser» (s.314). Mestring omhandler altså både følelser, tanker og væremåte, som igjen er knyttet til pasientens forståelse av situasjon og hvilke konsekvenser det har i forhold til hvordan hver enkelt takler stress. Dette har igjen med hva man gjør i bruddet på mening, som er skapt av stress (Gjengedal & Hanestad 2007). Videre kan man se at dette har med tidligere erfaringer å gjøre og hva som er betydningsfullt. Det er ulike måter å mestre situasjonen, og det er heller ikke gitt hvilken måte som er «rett» eller «god». Sykepleier må sette seg inn i hvordan hver pasient opplever situasjon og finne hvilke måter som hjelper hver enkelt å mestre stress (Hovind 2011).

Benner & Wrubel`s (2003) sier at mestring typisk forstås som det å gjøre noe, eller det og ikke gjøre noe. Deres mestringsstrategi er utviklet fra nevnte definisjon og Lazarus to hovedmåter å mestre stress på er; problemfokusert mestring og emosjonelt fokusert mestring. Hvor mennesket mestrer stress enten ved å involvere og engasjere seg, eller ved å distansere og tilbakeholde seg. Dette avhenger av hvordan pasienten ser på seg selv og verden rundt han, helsetilstand, energinivå, situasjon og motivasjon (Hovind 2011). Videre ser man at dette har med Antonovsky`s syn på sunnhet i forhold til mestring og helse å gjøre; salutogenesen, som beskriver hvilke faktorer som påvirker helsen og hva man kan gjøre til tross for belastende situasjoner (Benner & Wrubel 2003).

Den problemfokuserte mestringsmåten kalles aktiv mestring, og innebærer at pasienten søker klargjøring ved å skaffe informasjon, støtte og deretter velge alternativer. Denne mestringsstrategien brukes ofte i situasjoner hvor pasienten er innstilt på at noe kan endres, enten situasjonen eller på seg selv. Disse pasientene er mottagelige for informasjon.

Den emosjonelt fokuserte mestringsmåten kalles passiv mestring. Pasienten her prøver ofte å gjøre noe med egen opplevelse av situasjon i stedet, ved å endre seg eller sin oppfatning, men ikke situasjon direkte og anser den som uforanderlig. Ofte bruker pasienten forsvarsmekanismer som har med tankegang å gjøre. Pasienten velger ut positiv informasjon og sensurerer annen informasjonen, benekter alvoret og holder tankene for seg selv, håper på

et under, tror det vil komme noe godt av situasjonen eller gjøre revurderinger for at situasjon skal bli så levelig som mulig. Dette kan under store påkjenninger være nødvendig for å takle det som skjer, da forsvarsmekanismen undertrykker informasjon som er truende og heller tar i mot små inntrykk som pasienten klarer å håndtere akkurat nå (Hovind 2011).

Sykepleier kan være med å bidra til at pasienten mestrer situasjonen på flere måter; både som den trygge støtte, samtalepartner, den praktiske hjelper og som også bidrar med realistiske perspektiv på hva som kan oppnås på sikt. «Mestring forutsetter og innebærer at tillit til situasjonen i noen grad vil la seg bringe under kontroll» (Eide & Eide 2007 s.56).

Alle pasienter er individuelle individer, og opplever tilsynelatende like situasjoner som forskjellige og dermed reagerer ulikt. Dette har med personlighet å gjøre, og hvordan atferden preges av selvmestringsstrategien. Eksempler på selvmestringsstrategi er optimisme av natur, å være «lettere til sinns», ha selvtillit og humoristisk sans, evnen til å se sammenheng og mening, samt det å oppleve kontroll på situasjonen. Dette er den grunnleggende mestringsstrategien for hver enkelt, og har sammenheng med bakgrunn av nederlag og seier i tidligere mestringsforsøk helt fra barndommen (Almås 2001, Blix & Breivik 2006).

3.5.3 Opplevd kontroll

Det å oppleve kontroll har betydning for mestring i forhold til både væremåte og sykdomsforløp. For hvis en pasient opplever kontroll i en situasjon, dempes de fysiske stressreaksjonene og den negative påvirkningen av immunforsvaret reduseres. Pasienten vil da kunne oppleve kontroll i forhold til omgivelsene, rutinene og det som skal skje dersom han blir informert om det på forhånd. Mens han vil oppleve instrumentell kontroll gjennom egen evne til selvmestringsstrategi i situasjoner der sykepleier forteller hva pasienten selv kan bidra med for å bedre situasjonen. Emosjonell kontroll handler om å møte pasientens følelsesmessig behov, og å ivareta pasienten som person og ikke som et objekt i forhold til behandlingsforløpet (Hovind 2011).

3.6 Forskning på området

I studien *Informasjon før et kirurgisk inngrep er viktig. Men det er forskjell på nok og for mye informasjon* har Eithun, Bendiksen, Ingebrigtsen & Solberg (2006) undersøkt om pre-operativ informasjon førte til at pasientene følte seg tryggere og om de klarte å fokusere på de rette tingene. Metoden var datasamling av 19 pasienter. Hovedfunnet er at pasientene i større grad klarer å forstå/huske informasjonen som er gitt om den gis verbalt med en skriftlig tilleggsbrosjyre. Det er også gjort funn om at den pre-operative informasjonen er en viktig del for pasientenes emosjonelle forberedelser, da langvarig engstelse skaper stress som igjen kan forsinke rehabiliteringsprosessen.

I studien *Pre-operative education for hip or knee replacement* har McDonald, Hetrick & Green (2008) undersøkt om pre-operativ informasjon kan gjøre den postoperative situasjonen bedre for pasienten i forhold til stress og angst, smerte, aktivitet, liggetid og forbedre resultatet. Metoden var datainnsamling og analyse av 782 pasienter. Hovedfunnet er at pre-operativ informasjon uten å vurdere den enkeltes behov, ikke er tilstrekkelig til å forberede postoperative utfall. Men at det har en gunstig effekt når pre-operativ informasjon er skreddersydd i forhold til stress og angst, for å redusere det da angst er klinisk viktig ikke bare fordi det er en ubehagelig emosjonell tilstand, men også på grunn av sin interaksjon med smerte og mestring, som antas å påvirke funksjonelle utfall.

I studien *Pasientens opplevelse av informasjon i forbindelse med en operasjon – en kvalitativ studie* var hovedfokuset til Grønnestad & Blystad (2004) å søke kunnskap om hvilken informasjon pasienten opplevde å få for å dekke sitt informasjonsbehov, og om informasjonen hadde betydning for evnen til å mestre situasjonen. Metoden var intervju av 8 pasienter. Hovedfunnene er at pasientundervisning har en rekke positive effekter ved seg når de når frem, at informasjonen reduserer stress og angst i forbindelse med operasjon som gjør det lettere å forberede seg på det de skal gjennom, gir økt mestring og gir økt opplevelse av å ha kunnskap.

I studien *Impact of preoperative education on postoperative pain in consideration of the individual coping style* av Gräwe, Miroe, Bouchard, Linding & Hüppe (2010) var hovedfokuset å evaluere om pasientene hadde fordel av pre-operativ informasjon i sammenheng med deres selvmestringsstrategi, i forhold til postoperativ smerteforløp. Metoden var datainnsamling av 96 pasienter. Hovedfunnene er at pre-operativ informasjon

har positiv effekt på det postoperative forløp, også i forhold til smerteutvikling. Pre-operativ informasjon er et verdifullt tillegg mot medisin og annen smertestillende behandling, og anbefales uavhengig av nivået på pasientens selvmestringsstrategi.

I studien *Effect of preoperative information team on postoperative pain and patient satisfaction* av Bilgin, Altun, Saylam & Erdem(2012) var hensikten å undersøke om pre-operativ informasjon har effekt på postoperativ tilfredshet og smerte. Metoden var datainnsamling og intervju av 100 pasienter som ble delt i to grupper, hvor den ene fikk all informasjon pre-operativt mens den andre gruppen fikk informasjon direkte fra operasjonsteamet. Hovedfunnene er at all informasjon bør gis pre-operativt for å oppnå best mulig postoperativ pasienttilfredsstillelse og smerteforløp.

4.0 SYKEPLEIEFALIG

Joyce Travelbee, født 1926 i Amerika. Psykiatrisk sykepleier og lærer innen sykepleierutdanningen til hennes bortgang i 1973. Hennes sykepleiefaglige tenkning og filosofi har fremdeles stor innflytelse på sykepleierutdanningen i Norge (Jensen 1999).

4.1 Joyce Travelbee`s definisjon og mål for sykepleie

Utfra Travelbee`s (2001) sykepleiefaglige tenking, definerer hun sykepleie slik:

«Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene» (s.29).

I følge henne er sykepleierens målsetning å skape et menneske-til-menneskeforhold mellom pasient og sykepleier, det å se ethvert menneske som unikt og enestående, og å hjelpe den syke til å finne mening i situasjon. Der personene gjensidig påvirker hverandre slik at det fører til forandring. Hun er opptatt av at alle mennesker er unike individer, lik hverandre, men også ulik alle andre fordi mennesket er i konstant endring og utvikling. Sykepleie skal aldri ha handlinger som mål, men kun som middel for å hjelpe andre. Sykepleieren har som mål å påvirke individet til å forandre en uakseptabel tilstand, for å oppnå best mulig helse. Hennes teori og definisjon er bygget på et individualistisk menneskesyn og en eksistensialistisk filosofi (Travelbee 2001).

4.2 Menneske-til-menneskeforhold

Travelbee (2001) definerer menneske-til-menneskeforholdet slik:

«Et menneske-til-menneske-forhold er primært en erfaring eller en rekke erfaringer som finner sted mellom en sykepleier og de(n) hun har omsorg for. Hovedkjennetegnet ved disse erfaringene er at den syke (eller familien) får sine behov ivaretatt. Menneske-til-menneske-forholdet blir målrettet bygd opp og opprettholdt av den profesjonelle sykepleieren» (s.177).

Et menneske-til-menneskeforhold etableres gjennom en prosess bestående av flere faser som omhandler det første møtet, fremveksten av identiteter, sympati og empati, samt etablering av gjensidig forståelse og kontakt. Et av sykepleierens viktigste redskaper i etableringen er kommunikasjon, verbalt eller non-verbalt. Behovene identifiseres gjennom kommunikasjon og observasjon, for at de skal ivaretas best mulig. Hun sier videre at kommunikasjon er en gjensidig prosess som sykepleier bruker for å søke og gi informasjon, og det midlet pasient

bruker for å få hjelp. Å bruke seg selv terapeutisk er et kjennetegn ved den profesjonelle sykepleier. Dette innebærer at sykepleieren bruker seg selv på en bevisst måte. For at dette skal hjelpe pasienten til å mestre sin situasjon, må sykepleieren bruke en målrettet intellektuell tilnærming.

4.3 Operasjonspasienten, en menneskelig erfaring

I følge Travelbee (2001) er et kirurgisk inngrep mer enn en prosedyre, det er en menneskelig erfaring hvor individer vil reagere ulikt. Felles er at mennesker som står foran et inngrep vil møte problemer i forhold til grunnleggende behov, som behovet for informasjon og trygghet. Behovet for informasjon handler om den enkeltes behov for å skjønne situasjonen. «Den som ikke forstår hva som skal skje med han, vil la fantasien supplere det han ikke vet i virkeligheten» (Travelbee 2001, s.262). Hvis fantasiene tar overhånd, kan det føre til feilaktige kilder hvor frykt og angst øker. Det er antatt at alle som skal gjennom operasjon normalt sett vil oppleve varierende grad av angst. Det å kjenne til situasjonen handler derfor om å kunne akseptere realitetene. Derfor er behovet for trygghet tett knyttet til informasjon, og sammen med følelsesmessig støtte, beroligelse god, profesjonell omsorg, skal sykepleier ivareta pasientens behov for informasjon og trygghet gjennom det kirurgiske forløp.

4.4 Håp og mestring

Travelbee (2001) definerer håp som:

«... en mental tilstand karakterisert ved ønsket om og nå frem til eller oppfylle et mål, kombinert med en viss grad av forventning om at det som ønskes eller etterstrebes, ligger innenfor det oppnåelige» (s.117).

Her kan man se at sykepleierens rolle er å hjelpe pasienten med å oppleve håp for å kunne mestre situasjon. Sykepleieren gjør dette ved å etablere tilknytning til pasienten og viser gjennom handlinger at hun ønsker å bistå ved å være der for henne som et forståelsesfullt og kunnskapsrikt medmenneske. Dette har mange ganger holdt syke mennesker fra fortvilelse, da håp oppstår hos mennesker i vanskelige livssituasjoner hvor pasienten har mot til å se hvert enkelt problem og gjøre sitt beste for å mestre situasjonen. Dette har nær sammenheng med tillit til at sykepleieren kan hjelpe den syke når hennes egne ressurser ikke er sterke nok. Det motsatte av håp er håpløshet, som kan komme av mistillit basert på personlige erfaringer helt fra barndommens tid, eller gjennom lidelser med langvarig håp i lang tid av livet for så at pasienten mistet det (Travelbee 2001).

5.0 DRØFTING

I dette kapittelet vil drøftingen ha fokus på det første møtet, utrygghet og stress, informasjon og undervisning, og hvordan fremme trygghet og mestring i postoperativ fase.

5.1 Det første møtet mellom pasient og sykepleier

Det første møtet mellom pasient og sykepleier kan skje både ved kirurgisk poliklinikk, når pasient kommer til innskrivning på avdelingen, rett før inngrepet eller når pasienten våkner etter operasjonen. Det er mange forskjellige settinger å møte en pasient i for første gang. Og uansett om det er pre-, per- eller postoperativt må sykepleier klare å se pasienten og å etablere et tillitsforhold mellom pasient og sykepleier. Det første møtet handler i stor grad om å bli trygg. Der opplevelsen av å bli sett, hørt, tatt på alvor og ha sykepleierens fulle oppmerksomhet er av betydning (Tveiten 2008). Slik som i pasienthistorien, der jeg tok meg tid til å virkelig se, observere og lytte til henne, og dermed etablere en stole-på-andretrygghet til tross for den korte tiden (Blix&Breivik 2006). Der hennes forventninger om å få hjelp til å mestre situasjon gjennom meg som en trygg og tilstedeværende sykepleierstudent. Der pasienten kom uvitende til konsultasjonsrommet og det ble bestemt at hun skulle opereres, og det første hun spurte om var hvordan tiden etter operasjonen ville bli. Og jeg allerede nå så at stress og utrygghet kom til uttrykk for den postoperative fase. Under denne settingen så jeg også hvor viktig det var for henne at jeg var der for henne som et varmt, forståelsesfullt og kunnskapsrikt medmenneske som Travelbee (2001) også beskriver det, og at pasienten fikk den informasjon og undervisningen hun søkte akkurat der og da. Og slik jeg ser det, er det første møte mellom pasient og sykepleier en av flere viktige faser i etableringen av Travelbee's (2001) menneske-til-menneskeforhold. Travelbee nevner også at observasjon er viktig under det første innledende møte, fordi det er avgjørende hvordan man ser eller oppfatter den andre og det har stor betydning for hvordan man opptrer eller reagerer på situasjoner. Men man må som i alle situasjoner møte pasienten på hennes nivå, og å imøtekomme behov slik at vi får tilrettelagt informasjon og undervisning. Noen vil vite mest mulig om absolutt alt, slik min pasient i pasienthistorien, mens noen kun ønsker å vite det mest nødvendige. Tveiten (2008) støtter den tankegangen og sier at det er viktig å lytte aktivt under det første møtet, da dette kan legge til rette for tillit, og det at pasient og sykepleier blir kjent med hverandre kan legge til rette for at trygghet vokser frem. For dersom pasienten føler seg trygg etter første møte, kan hun være bedre rustet til å reflektere over egne behov og dermed mestre kommende situasjon enda bedre. Og det er derfor viktig at sykepleier tar

hensyn til pasienten og har fokus på å bygge et tillitsforhold der hver enkelt pasient har sin egen opplevelse av å være pasient, med sin egen bakgrunn og livshistorie. Noe som kan bekreftes av pasienthistorien, der pasienten under første møte forteller deler av sin livshistorie om at hun aldri tidligere har vært operert før eller innlagt i sykehus foruten i forbindelse med egne fødsler.

I tillegg er det viktig å samle inn data under det første møte i forhold til hvilken informasjon og undervisning pasienten har fått med seg, og hva hun kan ha nytte av fremover. Dette gjelder også når pasienten kommer til innskrivning ved avdelingen, der noe informasjon og undervisning skal repeteres etter det første møte. Målet med informasjon og undervisning er hele tiden å fremme helse slik at pasienten opplever økt trygghet og mestring i postoperativ fase, sånn at pasienten er så forberedt som mulig på den kommende situasjon (Holm & Kummeneje 2009). Som da pasienten gikk etter konsultasjonen og hun gjennom non-verbal kommunikasjon, med øyekontakt og berøring på handa, utstrålte at den samtalen vår og den pre-operative informasjon og undervisningen hun hadde fått kunne være med på å fremme hennes trygghet og mestring.

5.2 Utrygghet og stress hos operasjonspasienten

Når en pasient skal gjennom en elektiv operasjon vil hun føle stor spenning, nervøsitet, uforutsigbarhet og usikkerhet for situasjon. Dette er følelser som har med pasientens vurdering av egen relasjon til situasjon å gjøre, i følge Benner & Wrubel (2003). Som igjen kan sette i gang en rekke kroppslige og emosjonelle reaksjoner som jeg har nevnt i kapittel 3.4. Både sykehusoppholdet og at den normale hverdagsrytmen uteblir, i tillegg til at pasienten kan oppleve smerter og ubehag i forbindelse med problem, lidelse eller sykdom, kan føre til utrygghet og stress. I tillegg er det nødvendige prosedyrer som må utføres før inngrepet (Holm, Kummeneje 2009). Erfaringer jeg har fra praksis er også at disse faktorene i stor grad kan føre til utrygghet og stress, som langvarige lidelse i knærne. Hvor jeg observerte at operasjonspasienten følte seg hjelpeløs da hun kom til konsultasjon og opplevde tap av kontroll over egen livssituasjon da hun fikk vite at det ble operasjon. Der pasienten økte stemmevolumet og virket frustrert, stilte samme spørsmål om igjen og sa at det var ikke operasjon hun hadde sett for seg. Ofte skjer dette som følge av lite eller ikke tilstrekkelig pre-operativ informasjon og undervisning, og som sykepleier er det nettopp vår oppgave å sørge for at pasientens behov blir ivaretatt. Noe Travelbee (2001) også bekrefter, der sykepleierens rolle er klar på at hun skal ivareta den sykes behov for informasjon og trygghet. Samtidig er

det å være operasjonspasient en menneskelig erfaring i følge Travelbee (2001), der man skal være klar over at noen reaksjoner vil være helt normalt i forbindelse med operasjon da hensikten ved pre-operativ informasjon og undervisning er å fremme trygghet og mestring i postoperativ fase, og ikke å fjerne utrygghet og stress helt da det er en oppgave som ikke lar seg gjøre. Dette har igjen direkte sammenheng mellom angstnivå, behovet for trygghet i postoperativ fase, og hvor mye pre-operativ informasjon og undervisning som er gitt. Vi kan også se at det skilles mellom begrepene frykt og angst under stress. Der angst utløses av det pasienten føler som ukjent og utrygt i selve situasjon, det kirurgiske handlingsforløpet hvor pasienten allerede begynte å spørre om hva som ville skje med henne etter operasjon, mens frykt er det pasienten føler konkret og kan sette ord på som det å ikke våkne opp etter operasjon. «Angst er en subjektiv erfaring karakterisert ved spenning, rastløshet og uro, utløst av en reell eller imaginær fare som truer behovsoppfyllelsen» (Travelbee 2001, s.264). Informasjon og undervisning vil da kunne føre til at pasienten føler at situasjon er noe forutsigbar, og dermed kunne redusere nettopp utrygghet og stress hos operasjonspasienten. Som støttes av forskning utført av McDonald m/flere (2008) der det er dokumentert at pre-operativ informasjon ikke er tilstrekkelig for postoperative utfall dersom ikke hver enkeltes behov vurderes i forhold til stress og angst, men at det har svært gunstig effekt dersom den skreddersys til hver enkelt for å redusere stress og angst. Da angst er klinisk viktig ikke bare fordi det er en ubehagelig emosjonell tilstand, men også på grunn av sin interaksjon med smerte og mestring.

5.3 Pre-operativ undervisning og informasjon

Allerede fra det tidspunktet det blir bestemt at et inngrep skal utføres ser vi at behovet for informasjon og undervisning er stort. Det melder seg tidlig hos pasienter flest, og mange operasjonspasienter er engstelige og stresser over postoperativ fase og hva som vil skje med dem etterpå. Som i pasienthistorien min der det aller første spørsmålet viser seg i forhold til stress over postoperativ fase. «Hva hvis jeg ikke våkner opp etter inngrepet?». Der hun med en gang var på søken etter så mye informasjon som mulig og repeterte spørsmålene gang på gang. Hun ønsket å vite så mye som mulig så tidlig som mulig om situasjon, og spurte om hva om noe går galt under selve inngrepet, eller i forhold til smerter, aktivitet, ernæring og eliminerings, risiko, respirasjon, resultat av operasjonen, osv. Det kan føles betryggende å vite mest mulig på forhånd. Forskning utført av Bilgin m/flere (2012) støtter dette, og viser at informasjon gitt i pre-operativ fase har dokumentert effekt på pasienttilfredshet i forhold til postoperativ fase og smerteforløp. Også i følge Hovind (2011) har undervisning den effekt at

den bidrar til trygghet og økt mestring i postoperativ fase. Etter hvert som pasienten min fikk mer forståelse gjennom informasjon og undervisning begynte hun å sitte roligere, snakke normalt og hadde god øyekontakt igjen. For den situasjon pasienten befinner seg i kan ofte oppleves som en trussel mot seg selv eller det som betyr noe, da det er en helt ny situasjon som de fleste pasienter har liten eller ingen erfaring med. Alle tanker min pasient hadde om det som betyr noe. Familie, handling av mat for å forsørge, om livet og hva hvis hun ikke våknet opp etter operasjon. Det er derfor veldig viktig at hver enkelt pasient får den informasjon og undervisning det er behov for. Dette er en av de viktigste sykepleieoppgavene til operasjonspasienter, der sykepleier må bruke seg selv på en bevisst og terapeutisk måte for å hjelpe pasienten til å mestre situasjonen. Også i følge Travelbee (2001). Men man må huske at det er ikke alle som ønsker å vite mest mulig, noen vil kun vite det nødvendige da det for dem er nok til at det fremmer trygghet og mestring i postoperativ fase. I forskning utført av Eithun m/flere (2006) ser man at det er forskjell på nok og for mye informasjon, der den pre-operative informasjonen er viktig for at pasientene skal kunne forberede seg emosjonelt da langvarig engstelse skaper stress som igjen kan forsinke rehabiliteringsprosessen.

Blir det for mye informasjon å bearbeide for pasienten, for eksempel hvis pasienten hadde fått informasjon om operasjon samtidig som legen visste henne røntgenbildene kunne hun blitt overstimulert fordi det ble for mye på en gang og det vesentlige i informasjonen ville blitt borte. Eller hun kunne blitt understimulert hvis hun for eksempel fikk all informasjon på en gang som bidro til at hun ikke klarte å nyttiggjøre seg kunnskapen, og dermed ikke fikk med seg det viktigste. Derfor ser man at informasjonsmengden, undervisningsmetoden, å være imøtekommende og ha god kommunikasjon med hver pasient er av stor betydning. Som Eide & Eide (2007) sier: «god kommunikasjon forutsetter at informasjonsmengden er tilpasset situasjonen» (s.79).

Det å gi undervisning, kan som nevnt gjøres både som gruppe og individuelt. Her er det viktig å kjenne pasientens behov og se hva som er best for hver enkelt pasient. Under enkelte inngrep kan gruppeundervisning ha positiv effekt dersom det er flere pasienter i samme situasjon med samme problem, da de kan ha nytte av hverandre og hverandres erfaringer. For eksempel kan en slik gruppe om kneoperasjon for min pasient være en god mulighet hvis andre i gruppen ytrer spørsmål som ikke hun våger å stille, og som dermed gir henne mulighet til å innhente informasjon hun ellers ikke ville fått dersom hun ikke hadde turt å spørre selv. Samtidig kan gruppeundervisning gi rom for bredere samtaler og diskusjon sett fra

forskjellige syn på deres felles problem. I tillegg kan det gi pasientene færre sykepleiere å forholde seg til, som kan minske stress og utrygghet hos operasjonspasienten fordi det gir større oversiktighet. Retningslinjene og ansvaret for undervisning er i tillegg klart på forhånd, slik at alle pasienter får den samme informasjonen. En negativ faktor er jo da at ikke alle pasienter tørr å spørre om ting når det er medpasienter til stede. Og er det ingen andre som spør om det man kanskje lurte på, er det ikke sikkert pasienten får den informasjon han søker. I den forbindelse tenker jeg at det kan være lurt å ha individuell undervisning til hver pasient etterpå, slik at de kan få mulighet til å ta opp ting de eventuelt ønsker å vite men som de ikke har turt å spørre om. Tveiten (2008) støtter tankegangen, og sier at man kan løse problemet ved å ha individuelle samtaler med hver enkelt pasient i etterkant av gruppeundervisningen, og at alle operasjonspasientene får den informasjon de har behov for og får svar på alle spørsmål dem lurte på.

Individuell undervisning er en sykepleieoppgave som i større grad ivaretar det jeg tolker som Travelbee's (2001) menneske-til-menneske-forhold, hvor det første møte mellom pasient og sykepleier blir tydeligere. Da den tar utgangspunkt i hver enkeltes behov for informasjon på en bredere måte enn gruppeundervisning. Sykepleieren har her bedre mulighet til å bli kjent med hver enkelt pasient, og dermed vite bedre hvordan hun kan bidra til at pasienten føler seg trygg og mestrer den belastende situasjon, da sykepleieren får anledning til å skape den gode samtalen med pasienten på tomannshånd. Dette kan også gjøre det mye lettere for pasienten å stille de spørsmålene hun ikke turte å stille i gruppen. Som jeg erfarte da pasienten henvendte seg til meg som sykepleierstudent etter at legen hadde forlatt konsultasjonsrommet. Hun både snakket og stilte spørsmål, og vi fikk en god samtale mellom oss. Jeg var hele tiden imøtekommende og på hennes nivå, slik at hun hadde muligheten til å forstå det som ble sagt av legen.

En annen måte å gi individuell undervisning på, er å gjennomgå skriftlig informasjon eller brosjyre som pasienten enten har fått under konsultasjon eller i posten, slik at hun har mulighet til å ta opp ting hun tenker på. Dette er også en fin måte å organisere undervisningen på gjennom kontakt og nærhet, og gjennom etablering av menneske-til-menneske forholdet sett gjennom Travelbee's sykepleieteori. Det er også viktig at sykepleier stiller kontrollspørsmål til pasienten, for å forsikre seg om at pasienten har forstått informasjon riktig og situasjonen som skal skje. I tillegg er en slik informasjonsbrosjyre positivt for pasienten da den bidrar til at operasjonspasienten har noe å forholde seg til, og hun dermed

kan ta seg tid til å lese nøye gjennom den ved rolige stunder og eventuelt notere spørsmål hun kommer på underveis dersom hun synes noe er uklart.

I følge helsepersonelloven § 10 skal den som yter helse- og omsorgstjenester gi informasjon til den som har krav på det i forhold til pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-2 til 3-4 (lovdata).

5.4 Hvordan kan pre-operativ informasjon og undervisning fremme trygghet og mestring i postoperativ fase?

I pasienthistorien ser vi at tilstrekkelig informasjon og undervisning fremmer opplevelsen av trygghet og mestring, fordi undervisning gir følelse av trygghet ved at det gir informasjon og oversikt over kommende situasjon slik at operasjonspasienten kan føle opplevelsen av å ha kontroll som igjen skaper trygghet og håp i seg selv. Travelbee (2001) sier om håp at «... den som håper tror at hvis han når fram til objektet for sine ønsker, vil livet endre seg på en eller annen måte, det vil bli mer behagelig, mer meningsfylt eller gi større glede»(s.117). Pasienten min var mye roligere da hun hadde fått informasjon og undervisning, enn da hun først fikk vite om operasjon. Og hun uttrykte tilfredsstillelse og en opplevelse av trygghet og mestring da hun forlot konsultasjonsrommet. For hvis pasienten har kunnskap om situasjon, vil usikkerhet og engstelse reduseres. Min erfaring er at kunnskap om det som skal skje forsterket pasientenes opplevelse av å ha kontroll, der dette førte til at hun selv opplevde kunnskap- og kontrolltrygghet fordi hun gjennom informasjon og undervisning fikk vite hva som gjelder i postoperative fase og ha kunnskap om hva som skal skje (Blix & Breivik 2006). Kunnskap om at det er risikoer ved alle inngrep, men at sannsynligheten for at det vil gå bra er størst. At hun vil våkne opp etter operasjon, at hun vil få smertelindring og hjelp, at hun vil få omsorg, forståelse og støtte, og få handlet mat og forsørget familien som ønsket var, og til syvende og sist få bukt med problem og lidelse med langvarig smerte i knærne. Jeg visste hele tiden pasienten min tilstedeværelse og omsorg for henne under det første møte, jeg var imøtekommende og tilstedeværende. Jeg så, lyttet, respekterte og var der for henne. Som også ga henne en tydelig trygghet og mestringsevne. Både innspill og samtale, og via non-verbal kommunikasjon gjennom aktiv lytting, berøring på skulder og øyekontakt gir også følelse av trygghet, som i følge Thorsen (1997) er en del av det å føle trygghet gjennom opplevelse om at «brikkene faller på plass», eller som tilhørighet gjennom vår felles dialekt.

I studien utført av Grønnestad & Blystad (2004) ser man at pasientundervisning gir opplevelsen av å ha kunnskap og har en rekke positive effekter ved seg når de når frem. Studien viser at informasjon reduserer stress og angst slik at det blir lettere å forberede seg på kommende situasjon og dermed økt mestringsevne.

Slik jeg ser det er det viktig at pasienten har en sykepleier å stole på når hun havner i en situasjon der hun opplever tap av kontroll, fordi opplevelsen av å føle seg ivaretatt og at noen tar seg av oss i en belastet situasjon er svært betydningsfull. Sykepleieren må også være klar over at pasienter er forskjellige og unike individer, som mestrer stress i forbindelse med operasjon på forskjellige måter. Her er det viktig at sykepleieren tar seg tid, imøtekommer pasientens nivå og ser hun for den hun er. Slik jeg gjorde i pasienthistorie, der jeg erfarte at hun følte tillitt til meg da jeg virkelig så henne. Sykepleieren må også være klar over at noen pasienter har stort behov for mye undervisning og søker aktivt ny informasjon, mens noen pasienter som nevnt vil ha akkurat kun den nødvendige undervisningen. Pasientens behov for informasjon er avhengig av hvilken mestringsstrategi hun bruker. Dette har med personlighet å gjøre, om hun maskerer sin egen angst ved å snakke fort og mye som min pasient gjorde i starten da hun akkurat fikk vite at det ble operasjon, eller å ta informasjonen til seg som min pasient gjorde da hun fikk pratet litt og visste seg å være lettere til sinns (Almås 2001). Forskning utført av Gräwe m/flere (2010) viser at pre-operativ informasjon i forhold til selvmestringsstrategi har dokumentert positiv effekt i den postoperative fase uansett hvilken selvmestringsstrategi som brukes.

Når det gjelder hvor mye undervisning hver enkelt pasient bør ha, er dette noe som er veldig individuelt. Upassende informasjon fører til økt stressnivå i følge Hansen (2009), som hevder at undervisningen bør være så individuelt tilpasset som mulig for å fremme trygghet og mestring i postoperative fase. Informasjon skal inneholde en del obligatoriske opplysninger om operasjonsdagen og om tiden etterpå, men det bør også være rom for samtale og spørsmål slik at pasienten nettopp føler seg ivaretatt. I pasienthistorien satt jeg i en stol ved siden av pasienten der hun fikk fortelle så mye hun ville om situasjon først, og jeg svarte på spørsmål eller kom med innspill underveis. Dette førte til en god samtale og dialog mellom pasient og sykepleier. Etterpå fikk hun informasjon og undervisning verbalt i tillegg til noe skriftlig, hvor hun uttrykte stor pasienttilfredshet. Forskning støtter at pre-operativ informasjon bør gis verbalt med skriftlig tilleggsinformasjon da pasienten forstår/husker bedre den informasjon som er gitt (Eithun m/flere 2006).

5.5 Avslutning

Med denne oppgaven har jeg forsøkt å belyse hvordan sykepleier gjennom pre-operativ informasjon og undervisning kan fremme trygghet og mestring i postoperativ fase. Hvor jeg ser gjennom egne pasienterfaringer, samt teori og forskning, at pre-operativ informasjon og undervisning skal kunne fremme trygghet og mestring i postoperativ fase når den formidles på riktig og god måte til hver enkelt pasient da mangel på undervisning og informasjon vil kunne føre til utrygghet og stress.

Videre ser jeg at jeg har tilegnet meg ny kunnskap og forståelse innen dette feltet, som jeg vil ta med meg videre og forsøke å formidle på best mulig måte til mine fremtidige pasienter i min sykepleiekarriere. Jeg ser også at dette er kunnskap jeg kan ha nytte av i samhandling med andre pasientgrupper enn operasjonspasienter, og det har vært en spennende og lærerik prosess.

LITTERATURLISTE

Pensum litteratur

Almås, H. (2001) *Klinisk sykepleie 1*. Oslo: Gyldendal akademiske

Blix, E.S. & Breivik, S. (2006) *Basisbok i sykepleie*. Om menneskets grunnleggende behov. Bergen: Fagbokforlag.

Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Eide, H. Eide, T (2008) *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal akademiske

Hanssen, T. A., & Natvig, G. K. (2007). *Stress og mestring*. 2. utg. Oslo: Cappelens Forlag AS.

Helse- og omsorgsdepartementet (2009) *Stortingsmelding 47, Samhandlingsreformen*. (Internett) Lest 11.februar 2013, hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>

LOV 1999-07-02 nr. 64: *Lov om helsepersonell m.v.* (helsepersonelloven). (Internett). Lest 02.april 2013, hentet fra <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-064-002.html>

LOV 2000-04-14 nr. 31: *Lov om behandling av personopplysninger* (personopplysningsloven). (Internett). Lest 31.januar 2013, hentet fra <http://www.lovdata.no/all/tl-20000414-031-001.html#1>

Tveiten, S. (2005) *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: fagbokforlaget

Selvvalgt litteratur

Alver, B., G. & Øyen, Ø. (1997) *Forskningsetikk i forskerhverdag. Vurderinger i praksis*.
Otta: Tano Aschehoug AS. Kapittel 1, 3 = **27 sider**

Benner, P. & Wrubel, J.(2003) *Omsorgens betydning i sygepleje – stress og mestring ved sundhed og sygdom*. København: Forlaget Munksgaard Danmark. Kapittel 3 = **40 sider**

Bilgin, E. T. Altun, T. Saylam, B. Erdem, E. (2012) *Effect of preoperative information team on postoperative pain and patient satisfaction*. (Internett) Lest 24.januar 2013, hentet fra <http://search.proquest.com/docview/1019283291/citation?source=fedsrch&accountid=26469>
Side 91-94 = **3 sider**

Eithun, U.E.M, Bendiksen, R. Ingebrigtsen, T. Solberg, T. (2006) *Informasjon før et kirurgisk inngrep er viktig. Men det er forskjell på nok og for mye informasjon*. (Internett) Lest 25.januar 2013, hentet fra http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkel-fag?p_document_id=118437 Side 68-69 = **2 sider**

Gräwe, JS. Miroe, L. Bouchard, R., Lindig M., Hüppe M. (2010) *Impact of preoperative education on postoperative pain in consideration of the individual coping style*. (Internett) Lest 25.januar 2013, <http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-78651378245&origin=inward&txGid=6DE4BB67E5AA94D5695E57E27268BD8D.Vdktg6RVtMfaQJ4pNTCQ%3a5> Side 575-582 = **7 sider**

Grønnestad, B.K. & Blystad, A.(2004) *pasientens opplevelse av informasjon i forbindelse med en operasjon – en kvalitativ studie*. Publisert i: Vård i Norden nr 4/2004. publ., No.74 Vol 24. Side 4-8 = **5 sider**

Hansen, I. Eide, P. H. & Dåvøy, G. M. (2009) *Operasjonssykepleie*. Oslo: Gyldendal akademiske. Kapittel 1, 2 og 6 = **48 sider**

Hjemås, G. Vold, B. (2011) *På randen av samhandling*.(Internett) Lest 11.februar 2012, hentet fra <http://www.ssb.no/vis/samfunnsspeilet/utg/201105/03/art-2011-12-05-01.html>

Holm, S. & Kummeneje, I. (2009) *Pre- og postoperativ sykepleie*. Bergen: fagbokforlaget.
Kapittel 1, 7 = **73 sider**

Hovind, I.L. (2011) *Anestesisykepleie*. Oslo: Akribe AS. Kapittel 3, 19, 20 = **9 sider**

Håskjold, S.M. Nøst, T.H. Rydning, A. (2010) *Fast track ved elektiv colonkirurgi*. (Internett)
Lest 10.februar 2013, hentet fra
http://www.stolav.no/ftp/stolav/eqspublic/pasientforlop/docs/doc_16218/index.html

Jensen, K.O. (1999) Norsk forord i Travelbee, J. (1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oversatt av Thorbjørnsen, K.M. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.
Side 17-19 = **3 sider**

Lindseth, A. & Nordberg, A. (2004) *A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience*. (Internett) Lest 05.februar 2013, hentet fra
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15147477> Side 145-153 = **8 sider**

McDonald S., Hetrick S.E. & Green S. (2008) *Pre-operative education for hip or knee replacement*. (Internett). Lest 14.03.13, hentet fra
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003526.pub2/full>
Side 0-31 = **30 sider**

Thorsen, R. (1997) *Undren omkring tryghed som fænomen* i Holm, S. Lûtzen K.(1997) *Ekspert og medmenneske – om etik i sundhedsvæsenet*. Denmark: akademiske forlag a/s.
Kapittel 5 = **11 sider**

Travelbee, J. (1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
Kapittel 1, 7, 8, 9, 10, 12 = **127 sider**

Totalt: 393 sider